

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°
681

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Olga FESCHOTTE

Née le 2 Octobre 1902 à Kherson (Russie)

LA PELADE SYPHILOÏDE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Olga FESCHOTTE

Née le 2 Octobre 1902 à Kherson (Russie)

LA PELADE SYPHILOÏDE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1938

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOGQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS...	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
J. BEZANÇON	Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ABRAMI
ALAJOUANINE
AUBERTIN
BRULE
CHABROL
CHIRAY
DONZELÔT
UVOIR
LIAN
PASTEUR - VALLE-
RY - RADOT
SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER
HEITZ-BOYER
MOURE
QUENU
SCHWARTZ
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
GUENIOT
LE LORIER
LEVY-SOLAL
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	E ducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de mon affection et
de ma profonde reconnaissance.*

A MON MARI

*Avec ma gratitude de m'avoir toujours
conseillée et encouragée.*

A MES CHERS PETITS
IRENE, MARIE-LOUISE ET JEAN-PIERRE

Avec tout mon amour.

A MES BEAUX-PARENTS

Avec toute mon affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies cutanées
et syphilitiques,
Officier de la Légion d'honneur,

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Avec toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET,
Chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,

Qui fut notre premier maître.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER,
Professeur de Thérapeutique,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,

*Avec toute notre admiration pour ses
leçons cliniques si vivantes.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE,

Professeur de Clinique otorhinolaryngologique,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'hôpital Lariboisière,

*Avec toute notre admiration et profonde
gratitude d'avoir sauvé et guéri notre
enfant.*

AU DOCTEUR ROUCAYROL,

*En hommage affectueux et souvenir
reconnaisant.*

A MONSIEUR CARTEAUD,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté,
Médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis

A MONSIEUR BOULLE,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chef de Clinique à l'hôpital Saint-Louis,

*Nos remerciements pour les conseils et
l'aide qu'ils nous ont apportés dans
notre travail.*

INTRODUCTION

L'aspect clinique de la pelade est connu depuis de longues années. Les descriptions de Sabouraud l'ont définitivement fixé dans l'esprit du praticien. Le médecin pense à la pelade en présence d'une alopecie en aires, unique ou multiple, non cicatricielle. Il en affirme le diagnostic quand il a découvert les « cheveux péladiques » en point d'exclamation. L'alopecie en clairières évoque en lui un diagnostic bien différent, qu'il essaie de confirmer en recherchant les autres symptômes de la syphilis secondaire. L'opposition entre ces deux variétés d'alopecie était jusqu'à présent tempérée seulement par la connaissance de ces alopecies syphilitiques dont les « clairières » particulièrement étendues et dénudées peuvent simuler la pelade.

Or, en moins de deux ans, le professeur Gougerot, dans son service de clinique de l'hôpital Saint-Louis, observe quatre cas d'alopecie en clairières typiques,

absolument syphiloïdes, mais pour lesquelles il est absolument impossible de faire la preuve de la syphilis. Et dans trois de ces observations, la découverte facile ou laborieuse de cheveux en point d'exclamation affirme le diagnostic inattendu de pelade.

Nous avons observé et suivi trois de ces malades. Notre maître, M. le professeur Gougerot, a bien voulu nous confier leurs observations qui vont faire le sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici nos remerciements et l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance et la confiance qu'il nous a témoignées à cette occasion.

Nous essaierons de montrer dans ce travail l'intérêt des questions soulevées par ces observations. On sait combien il faut être prudent avant d'affirmer le diagnostic de syphilis, avec toutes les conséquences sociales et morales qu'il comporte encore malheureusement, même à notre époque. La connaissance de ces alopecies syphiloïdes peladiques doit rendre le praticien plus prudent encore lorsque son patient ne présente pas d'autre symptôme que l'alopecie en clairières.

HISTORIQUE

L'historique de la pelade doit remonter jusqu'à l'antiquité, et l'on ne saurait en commencer l'étude sans reproduire le texte déjà bien souvent cité par lequel Celse nous a transmis l'enseignement des médecins grecs : « Cette maladie, que les Grecs nomment *ophiasis*, en raison de sa marche serpentine, commence par l'occiput; elle n'excède pas deux doigts de large et se prolonge par deux têtes qui s'avancent au-dessus des oreilles jusqu'à se rejoindre au devant du front. »

Mais, après l'époque romaine, l'alopecie que nous étudions disparaît pendant de longs siècles de la littérature médicale. Bateman enfin, au début du xix^e siècle, la fait revivre et la décrit, sous le nom de *porrigo decalvans*, parmi les affections vésiculeuses. Sans doute, remarque Sabouraud, décrivait-il à la fois sous ce nom la véritable pelade et les petites aires alopeciques peladoïdes post-impétigineuses. De toute fa-

çon, la description du dermatologiste anglais pourrait encore figurer dans les traités modernes. Il n'omet ni le petit nombre, puis la multiplicité des taches, ni la blancheur et la propreté des plaques, ni l'évolution possible vers la décalvante totale. Voici donc dès cette époque décrites les deux principales variétés de la pelade, et l'on n'ajoutera plus que des détails à l'histoire *clinique* de la dermatose.

La connaissance du *porrigo decalvans* est introduite en France par Bielt. Mais bientôt survient une période de confusion. Gruby, homme de laboratoire et non dermatologiste, décrit en 1843 le *microsporium Audouini*, parasite d'une forme de teigne tondante, mais voit dans cette teigne le premier stade évolutif du *porrigo decalvans*. Et l'autorité de Bazin, malgré l'opinion contraire de Cazenave, vient renforcer la croyance en la nature parasitaire de la dermatose. Pendant près de cinquante ans, la pelade est considérée comme une affection contagieuse. Besnier, Vidal, Hillairet ne la croient plus mycosique, mais affirment la possibilité d'épidémies de pelade, et Tumeson assure que cette maladie est « aussi contagieuse que la rougeole ».

Cependant, les premiers essais de pelade expérimentale en Allemagne et en France, les centaines de tentatives d'inoculation, poursuivies pendant des années sans succès par Jacquet, prouvent aux environs

de 1900 la non-contagion de la pelade. L'étude par Sabouraud des fausses épidémies de pelade, ou plutôt des épidémies de fausse pelade (alopécies post-impétigineuses) porte enfin le dernier coup à la théorie de la contagiosité de la pelade.

Depuis 1900, les travaux sont plutôt orientés vers l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la pelade. Jacquet a développé la théorie de la pelade réflexe. Sabouraud a souligné la fréquence de la syphilis et de l'hérédo-syphilis à l'origine de certaines formes de la dermatose. Lévy-Franckel et Juster ont montré l'importance du facteur sympathique de vaso-constriction dans le mécanisme de la maladie. Plus récemment, d'intéressants travaux thérapeutiques ont été publiés (protéinothérapie, traitement par les injections intradermiques d'histamine), et Gougerot et Albeaux-Fernet ont souligné les excellents effets vasodilatateurs de la méthylacétylcholine.

Mais ces intéressants travaux n'altèrent en rien les notions maintenant classiques sur l'aspect clinique de la pelade. Pour tous les auteurs, celui-ci apparaît bien fixé, c'est le type de l'alopécie en aires, l'alopécie *areata* des auteurs étrangers.

A peine Fournier, en 1901, signale-t-il une forme pseudo-syphilitique de la pelade et Milian publie-t-il plus tard deux observations de cette variété. Ces cas paraissent en tout cas exceptionnels. D'où l'intérêt des

quatre observations du professeur Gougerot, que l'on trouvera dans cette thèse, et qui, réunies en moins de deux ans, montrent la relative fréquence de la pelade en clairières syphiloïdes.

LES ASPECTS CLASSIQUES DE LA PELADE

On ne saurait à l'heure actuelle faire œuvre originale en décrivant les formes classiques bien connues de la pelade. Désirant, avant de détailler l'aspect de la forme syphiloïde, mise en valeur par Gougerot et sujet de cette thèse, donner une idée des variétés plus habituellement rencontrées, nous ne pouvons mieux remplir cette tâche qu'en suivant d'aussi près que possible la description de Sabouraud. Le livre de ce regretté maître est en effet venu fixer pour de longues années le schéma clinique et évolutif de la maladie, et il a mis en évidence son signe pathognomonique, le cheveu peladique.

LA PLAQUE DE PELADE

La pelade débute par une plaque glabre; celle-ci peut constituer toute la maladie, mais bien souvent, après un certain temps, d'autres plaques semblables apparaissent en plus ou moins grand nombre. L'unité morphologique et, pourrait-on dire en forçant quel-

que peu le sens de ce terme, la *lésion élémentaire* de la pelade, c'est donc la plaque glabre et c'est par sa description que nous devons commencer notre étude.

Cette plaque apparaît tout à fait inopinément sans aucun signe prémonitoire et le plus souvent ce n'est pas le malade lui-même mais un ami, le coiffeur, qui s'aperçoit le premier de son existence. A ce moment, les dimensions de la plaque sont très variables, de quelques millimètres à deux ou trois centimètres de diamètre, mais de toutes façons l'aspect est identique.

La plaque est *complètement glabre*, nue, sans un seul cheveu sur toute son étendue, aucun bulbe pileux n'est respecté.

A sa surface, le cuir chevelu est lisse, absolument *propre*, et ne porte aucune croûte, aucune squame, tout au moins si les téguments n'ont pas été irrités dans un but thérapeutique.

La forme de la plaque est ronde ou ovalaire; son contour est toujours régulier.

A la surface de la plaque, les orifices pileux sont nettement visibles et dilatés. Le professeur Gougerot, dans son enseignement oral, insiste souvent sur la valeur diagnostique de ce signe qui oppose nettement la pelade et les alopecies cicatricielles.

Les téguments apparaissent blancs, *décolorés*, dépigmentés, et l'on a souvent, depuis Cazenave, tiré argument de cette dépigmentation pour identifier ou

tout au moins rapprocher pelade et vitiligo. Mais, d'après les travaux histologiques de Woringer, qui a repris l'étude de la pigmentation de la pelade à l'aide de la doparéaction de Bruno Bloch, la fonction pigmentaire ne serait altérée qu'au niveau des follicules pileux, tandis que la peau vague comporterait une quantité de cellules chromatophores et de pigments normaux. L'aspect de décoloration de la plaque ne serait donc qu'une illusion due au contraste entre la couleur normale des téguments nus et les régions pileuses environnantes.

Au toucher, la plaque, surtout lorsqu'elle a acquis une certaine dimension, donne une sensation d'*œdème*, elle garde quelques instants l'empreinte du doigt. Dans d'autres cas, la plaque paraît *atrophiée* et semble déprimée en son centre. Sabouraud pense que cette « atrophie » n'est nullement spéciale à la pelade et serait due simplement à ce que l'épaisseur des téguments est diminuée du volume de tous les cheveux disparus.

A un examen superficiel, la plaque paraît immédiatement entourée de cheveux sains. En réalité, sur une étendue dont les dimensions varient suivant l'allure évolutive de la pelade, les cheveux d'apparence normale ne résistent pas à la traction.

Les cheveux *caducs* qui occupent cette région ne tardent d'ailleurs pas à tomber spontanément, ce qui

entraîne un accroissement progressif de la plaque. Au milieu de ces cheveux caducs, sains en apparence, existent des cheveux nettement pathologiques, qu'il faut rechercher avec soin, parce qu'ils sont souvent peu nombreux et courts, coupés spontanément à un centimètre ou un centimètre et demi de leur émergence. Ce sont les *cheveux peladiques* de Sabouraud, cheveux en point d'exclamation ou en massue. Minces, fins, grêles et peu colorés à leur point d'implantation, ils sont au contraire épais et fortement pigmentés à leur extrémité libre. Ces cheveux sont caractéristiques de la pelade et ils indiquent une pelade en voie d'extension. Ils manquent lorsque la plaque est parvenue à son maximum d'étendue. Enfin, dans la même région que ces cheveux en massue, mais seulement lorsqu'il s'agit de grandes plaques à début brutal et à évolution rapide, on trouve des cheveux plus courts encore, gros, fortement pigmentés, coupés presque au ras de la peau par un processus de trichorrexie, et que Besnier avait appelés *cheveux cadavérisés*. Il existe souvent dans le même cas, enchâssés dans certains follicules pileux, des sortes de points noirs, *bols pilaires* de Sabouraud. Ils apparaissent, dit cet auteur, « comme un point d'imprimerie très fin... comme des grains de poudre enchâssés dans les orifices pilaires », et témoignent du dernier effort de la papille pilaire désormais inapte à créer un vrai cheveu, mais

qui peut encore émettre quelques cellules et du pigment. Quoi qu'il en soit de la constitution de ces cheveux cadavérisés et de ces points noirs, ils n'ont pas la valeur caractéristique des cheveux peladiques.

ÉVOLUTION DE LA PLAQUE DE PELADE

Vers la guérison. — L'évolution de la plaque de pelade est extrêmement variable et ne peut pas être prévue à son début. Rien ne distingue, dans les premières semaines, une pelade bénigne qui se bornera à une seule plaque d'une pelade grave dont la première plaque se compliquera dans les semaines qui suivront de l'apparition d'un grand nombre de plaques secondes et qui pourra évoluer vers la décalvante.

Dans les meilleurs cas, la plaque reste petite, ne dépasse par trois à quatre centimètres de diamètre. Rapidement les cheveux peladiques disparaissent, tandis que les cheveux qui entourent la plaque résistent normalement à la traction. En même temps, à jour frisant, sur tout ou partie de la plaque, apparaissent les cheveux de repousse. D'abord il s'agit d'un fin duvet incolore et ne résistant pas à l'épilation. L'apparition de ce duvet de repousse est un signe de bon pronostic, encore qu'on puisse le voir disparaître à nouveau ou rester semblable de longues semaines.

En règle, pourtant, ces fins cheveux vont augmenter de longueur, s'épaissir, se colorer, et la guérison sera obtenue en trois à quatre mois.

Plaques secondes. — Mais, dans bien d'autres cas, au bout d'une sorte d'incubation de deux à six semaines, apparaissent presque en même temps un petit nombre de plaques secondes. En même temps, bien souvent, le contour de la plaque primaire se déforme par l'apparition d'encoches arrondies donnant à la plaque un aspect polycyclique et qui témoignent de la constitution d'autant de nouveaux foyers. Ces plaques secondes, de même que la première, vont évoluer maintenant chacune pour leur propre compte. Certaines s'agrandissent rapidement, d'autres paraissent stationnaires ou même se couvrent de duvet de repousse.

Plaques tierces. — Tout peut en rester là. Mais, dans certains cas, « après un deuxième temps de repos pendant lequel la maladie semble de nouveau se recueillir » (Sabouraud), deuxième incubation plus courte que la première, un nouvel assaut survient. On voit alors le cuir chevelu se cribler de petites plaques arrondies ou ovalaires, dont certaines entrent en coalescence, donnant à la grande plaque qui en résulte un aspect polycyclique. Le pronostic devient alors franchement mauvais, l'évolution vers la décalvante très à craindre.

Pelade décalvante. — La pelade décalvante n'est pas l'aboutissement de l'extension d'une plaque unique. Rarement une plaque atteint plus de cinq à six centimètres de diamètre. Les pelades graves évoluent par apparition successive de plaques multiples de plus en plus nombreuses, de plus en plus petites. « Ce sont des clairs, dit Sabouraud, plutôt que des plaques, et elles ont perdu leur forme ronde. Et puis, en cent endroits, le cheveu tombe par toutes petites taches presque diffusément, comme dans l'alopecie en clairières de la syphilis. Mais ces taches aussi fusionnent. Il reste seulement quelques îlots de cheveux déjà éclaircis qui disparaîtront à leur tour, laissant la peau tout à fait nue. »

A ce stade de son évolution, la pelade prend donc en certains points du cuir chevelu l'aspect syphiloïde. Mais cette « alopecie en clairières » ne représente que la dernière période évolutive d'une pelade grave. Elle ne pose pas la question du diagnostic de la syphilis, car elle vient compliquer une alopecie en aires caractéristique que l'on ne saurait prendre pour une alopecie de la syphilis secondaire. Nous verrons qu'il n'en est pas du tout de même lorsque, comme dans les observations de Gougerot, la chute des cheveux se fait d'emblée en clairières, sans plaque primitive et sans que l'évolution ultérieure se fasse forcément vers la décalvante.

Pelade ophiasique. — Cette variété, dont la première description remonte à l'ouvrage de Celse, se voit surtout chez l'enfant; elle présente une évolution très spéciale. Le début se fait par une plaque verticale dans la région de la protubérance occipitale. Puis surviennent symétriquement deux plaques latérales, proches de la première, à grand axe oblique en haut et en dehors, bientôt suivies par deux plaques à grand axe horizontal, situées au-dessus des oreilles. Ces diverses plaques entrent en coalescence, de sorte que toute la région occipitale est transformée en une zone glabre, large comme la main, allant d'une oreille à l'autre, et dont le bord supérieur garde un aspect polycyclique, vestige des plaques ovalaires qui, par leur fusion, ont déterminé cette alopecie en bande. Cette zone s'agrandit par son bord supérieur, tandis que, dans certains cas, d'autres plaques apparaissent sur le front. Elles suivent une évolution semblable, de sorte que le cuir chevelu peut être réduit aux dimensions d'une calotte ecclésiastique. Dans cette région encore pileuse peuvent alors se développer de petites plaques arrondies ou ovalaires semblables à celles que nous avons décrites dans la pelade de Bateman.

Autres localisation de la pelade. — La plus fréquente est la pelade de la barbe, qui peut survenir soit isolément, soit avant, soit au cours d'une pelade

du cuir chevelu. Elle est symétrique, rappelant l'ophiasis. Elle débute par deux plaques situées au-dessous des trous mentonniers correspondants. Les troubles pigmentaires sont plus marqués encore que pour le cuir chevelu. Ce qui, pour certains auteurs, expliquerait la ténacité de ces pelades. D'après Sabouraud, à dimensions égales, une plaque de la barbe mettrait deux fois plus de temps à guérir qu'une plaque du cuir chevelu.

La localisation aux sourcils est moins fréquente. Sabouraud insiste sur sa valeur de mauvais pronostic. Les cils peuvent être également atteints. Enfin, il existe des formes de pelade décalvante qui s'accompagnent d'une atteinte des poils axillaires, des poils pubiens, etc.

Cette *pelade généralisée* est d'un très mauvais pronostic et ne permet guère que d'espérer une repousse très lente, au bout de longues années, et toujours partielle.

DESCRIPTION DE LA PELADE SYPHILOIDE

Nous proposons, à la suite de notre maître, le professeur Gougerot, d'appeler de ce nom la pelade qui se manifeste cliniquement par une alopécie en clairières, afin de mettre d'emblée en évidence l'intérêt de cette forme. Son importance n'est pas liée en effet à sa fréquence. Elle est rare, moins pourtant, sans aucun doute, que le petit nombre des cas publiés pourrait le faire croire. L'intérêt de la pelade en clairières est uniquement dû à la possibilité et au danger de l'erreur de diagnostic avec l'alopecie syphilitique, erreur lourde de conséquences, pouvant faire « condamner des innocents à la syphilis et déclencher des drames familiaux » (Gougerot).

Nous avons résumé dans le chapitre précédent l'aspect clinique de la pelade dans ses formes habituelles. Elle constitue le type même de l'alopecie en aires et sa description s'oppose point par point à celle que

l'on pourrait faire des alopecies diffuses et par exemple de ces alopecies qui surviennent de deux à trois mois après une maladie infectieuse fébrile.

L'alopecie de la syphilis secondaire vient se placer entre ces deux types extrêmes. Elle est diffuse : dans toutes les régions du cuir chevelu les cheveux cèdent en grand nombre aux tractions les plus légères. Mais en certaines régions la chute devient si abondante qu'elle constitue de très nombreuses petites taches, situées pour la plupart près des tempes et derrière les oreilles. Ces taches n'ont que quelques millimètres de diamètre et les plus grosses pourraient être entièrement recouvertes par le bout du doigt d'un enfant. Point important, elles ne sont pas complètement glabres et quelques cheveux respectés persistent à leur surface.

Leur contour n'est pas régulier et ne réalise pas d'aspect géométrique, ovulaire ou arrondi, comme dans la pelade. Ajoutons à cette description clinique que cette alopecie survient en général du troisième au cinquième mois de la syphilis. C'est-à-dire qu'elle est habituellement plus tardive que la roséole, mais qu'elle coïncide ou peut coïncider avec les autres signes de la syphilis secondaire, micropolyadénopathie, plaques muqueuses, leucomélanodermie du cou, céphalées, périostite..., adénopathie primaire et traces du chancre.

Rien dans cette description qui rappelle la pelade. En tout cas, si le diagnostic peut se poser entre les deux affections, c'est pratiquement toujours, si l'on en croit les classiques, en présence d'une alopecie syphilitique anormale. Il peut arriver, dans les alopecies syphilitiques importantes, que les clairières entrent en coalescence et constituent des plaques vaguement arrondies ou polycycliques, complètement ou presque complètement glabres, au point de simuler d'assez près la pelade. Cette « pseudo-pelade syphilitique » est connue depuis longtemps et sa description trouve place dans les traités. L'inverse est beaucoup plus rare... ou beaucoup moins connu. D'où l'intérêt des observations de Gougerot qui réalisent, comme on le verra plus loin, une pelade absolument syphiloïde dont le seul symptôme est une alopecie en clairières comparable en tous points à celle de la syphilis secondaire et pouvant donner lieu aux plus tragiques erreurs de diagnostic.

A vrai dire, la pelade syphiloïde de Gougerot n'est pas la seule variété de pelade dans laquelle on puisse rencontrer l'alopecie en clairières. Aussi aurons-nous à décrire successivement :

1° L'alopecie en clairières au cours de la pelade banale dans ses formes graves évoluant vers la décalvante;

2° L'alopecie en clairières de la pelade « pseudo-syphilitique » de Fournier, dont l'étude peut être basée sur une observation de Fournier et sur une observation de Milian et Lafourcade. Nous verrons qu'il ne s'agit que d'une variété de la forme précédente, d'une pelade grave, ancienne, dont le diagnostic peut être porté par l'antécédent de pelade banale et par l'existence de plaques typiques à côté de l'alopecie « pseudo-syphilitique » ;

3° Une forme de passage représentée par une observation de Millian et Perrin et une observation de Gougerot, Carteaude et Bouille, dans lesquelles on trouvait une alopecie syphiloïde d'apparition récente, mais également une plaque petite mais typique de pelade ;

4° Enfin, la pelade véritablement syphiloïde isolée de Gougerot avec Etienne Lortat-Jacob, puis avec Carteaude et Bouille, et dans laquelle il n'existe aucun antécédent de pelade banale, aucune plaque de pelade typique, et dont le diagnostic ne peut être porté qu'après une patiente recherche des cheveux peladiques.

ALOPÉCIE EN CLAIRIÈRES PRÉDÉCALVANTE

Nous l'avons déjà signalée en étudiant l'évolution de la pelade banale. Elle est bien connue depuis que Sabouraud a montré que les pelades graves évoluaient

par plaques de plus en plus nombreuses, de plus en plus petites : « Un avant-dernier sursaut de la maladie, et ce n'est plus dix autres plaques, ce sont trente ou quarante qui surviennent. Elles sont de plus en plus petites, de plus en plus nombreuses. Ce sont des « clairs » plutôt que des plaques, et elles ont perdu leur forme ronde. Et puis, en cent endroits, le cheveu tombe par toutes petites taches, presque diffusément, comme dans l'alopecie en clairières de la syphilis, mais ces taches aussi fusionnent. » Sabouraud souligne que cette période est très éphémère : « L'établissement d'une décalvante n'est très rapide qu'à la phase ultime de la dépilation qui la constitue. La pelade avait suivi jusque-là une marche lente, souvent très lente, qui ne devient rapide qu'à la fin. Il est rare que l'établissement d'une décalvante n'ait pas demandé plusieurs mois, mais sa phase dernière, un mois à peine. »

La pelade banale pourrait donc à cette période de son évolution, poser le diagnostic de la syphilis : les cheveux tombent diffusément, partout une traction légère les arrache, par places il existe de petites taches irrégulières rappelant les clairières de l'alopecie syphilitique. Mais le diagnostic se base :

1° Sur la découverte des cheveux peladiques. En réalité la recherche en est souvent laborieuse ou même infructueuse. Le cheveu peladique n'est que

le témoin de la mort *lente* du cheveu. Il manque souvent dans ces formes en clairières où la chute du cheveu est brusque et rapide;

2° Et surtout sur l'existence de nombreuses plaques typiques. La pelade décalvante, nous l'avons vu, débute comme une pelade banale, par une plaque primaire que suivent quelques semaines après plusieurs plaques secondaires. Ces plaques persistent lorsque dans la région encore pileuse survient l'alopecie en clairières, qui annonce la décalvante. Leur existence rend le diagnostic de pelade évident. Tel était l'avis de Sabouraud, qui n'insiste guère dans son traité sur le diagnostic entre la pelade et l'alopecie syphilitique. Celle-ci ne s'accompagne pas de plaques nues complètement déglabrées. Or, souligne-t-il, *il n'y a pas de pelade sans elles*. Affirmation que les observations de Gougerot, que nous reproduirons plus loin, viennent aujourd'hui contredire.

PELADE « PSEUDO-SYPHILITIQUE » DE FOURNIER

Nous reproduisons sous ce titre l'observation de Fournier (1901) et celle de Milian et Lafourcade (1933).

FOURNIER

Pelade pseudo-syphilitique à petits îlots multiples¹ :

L..., âgé de vingt ans, se présente il y a quelques jours à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

1. *Soc. Fr. dermato-syphil.*, 1901, p. 32.

A première vue et à distance, je le juge affecté de syphilis de par l'état de sa chevelure qui me paraît présenter le type parfait de la variété d'alopecie syphilitique que j'ai décrite sous le nom d'alopecie en clairières et en petites clairières multiples.

Mais un examen plus attentif me démontre bientôt l'erreur que j'ai commise par le fait d'une première impression objective. Ce n'est pas d'une alopecie syphilitique qu'il s'agit, mais bien d'une pelade, et cela bien nettement, indiscutablement, de par la série de raisons que voici :

1° D'abord il existe dans la barbe de larges îlots d'aspect manifestement peladique. De plus, les aisselles sont absolument glabres et l'on trouve même un placard glabre sur la face interne de la jambe gauche;

2° En second lieu, plusieurs des clairières du cuir chevelu offrent l'aspect peladique de par *dépilation absolue*, complète, telle que n'en réalise pas la syphilis;

3° Sur nombre de points on trouve des *cheveux cassés*, comme dans la pelade à cheveux fragiles (ce qu'on ne rencontre pas dans la syphilis);

4° Enfin, le malade déclare n'avoir jamais eu la moindre affection vénérienne, et il ne présente actuellement aucun signe de syphilis.

Son histoire en revanche est la suivante : il est affecté de pelade depuis quatre ans. Le début de la maladie s'est fait à la nuque par de petites plaques disséminées, qui se sont peu à peu réunies, pour constituer une très vaste plaque occupant presque toute la surface du cuir chevelu. Les cheveux ont repoussé après un certain temps. Puis, après une série de guérisons relatives ou de recrudescences, la maladie s'est maintenue à peu près dans l'état où elle se présente aujourd'hui.

D'autre part, en 1938, la pelade a envahi le corps et s'est presque généralisée.

Alors tous les poils du tronc et des membres seraient tombés, affirme-t-il, à l'exception d'une seule région, la région pubienne, qui toujours a été complètement respectée.

Il ne connaît d'ailleurs aucune raison qui ait pu inciter ni l'invasion première de la maladie, ni les recrudescences diverses qu'elle a présentées. Cultivateur, il vit à la campagne dans de bonnes conditions hygiéniques. Il n'a éprouvé ni chagrins, ni commotion morale, ni commotion physique. Il n'a jamais eu d'accident nerveux. Il a pour habitude de se faire couper les cheveux à la tondeuse et de se faire raser chez un coiffeur.

MILIAN et LAFOURCADE¹

Pelade en clairières :

Le malade que nous présentons à la Société, M. C., âgé de vingt-sept ans, comptable, est venu consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 9 mai 1933, pour une perte de cheveux.

Il s'agit d'une alopecie en clairières absolument typique, occupant tout le cuir chevelu, plus marquée cependant à la région occipitale, aux régions temporales. Enfin, elle existe également aux sourcils. Les lésions sont représentées par de petites plages alopeciques ovalaires ou nummulaires ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50.

En certains endroits, elles empiètent les unes sur les autres, formant des clairières un peu plus grandes. Sur toutes ces plages l'alopecie est incomplète, les cheveux sont simplement clairsemés, laissant voir le cuir chevelu sous-jacent. Celui-ci est de couleur et de consistance normales. Il n'existe en particulier à sa surface ni croûte, ni squame, ni cicatrice d'aucune sorte. Enfin, cette alopecie est toujours en évolution, les cheveux venant très facilement, et en touffes, à la moindre traction. Il existe des lésions semblables aux sourcils parsemés de petites taches blan-

1. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1933, page 725.

ches alopéciques. A première vue et à distance, l'état de la chevelure fait penser immédiatement à l'alopecie de la syphilis secondaire. L'absence d'aires nettement définies, la diffusion, la simultanéité du développement, l'existence de l'alopecie sourcilière plaident en faveur de ce diagnostic. Coïncidence plus troublante encore, la palpation des chaînes cervicales postérieures permet de noter à droite un ganglion de la grosseur d'une amande, indolore, dur, mobile et sans périadénite.

L'examen du malade permet cependant d'éliminer à coup sûr ce diagnostic. Il n'existe pas de roséole, pas de plaques muqueuses, pas de cicatrice de chancre, pas d'autres adénopathies. La réaction de Hecht, pratiquée le 9 mai dernier, est complètement négative. De plus, cette alopecie en clairières, bien qu'ayant le siège diffus de celle de la spécificité, est beaucoup plus abondante dans la région occipitale, qu'il n'est de règle de constater dans la syphilis. D'ailleurs on constate, en effet, de chaque côté du menton, l'existence de plaques symétriques circulaires ou ovalaires complètement lisses et glabres. L'alopecie à petites aires est d'ailleurs généralisée, siégeant non seulement au cuir chevelu, sourcils et barbe, mais encore aux aisselles et au pubis. Il n'a cependant pas été possible, dans aucune de ces régions, de rencontrer un seul cheveu peladique typique.

L'interrogatoire du malade apprend que l'affection débuta il y a dix-sept ans, dans la région occipitale, par une plaque d'alopécie de la dimension d'une pièce de 5 francs, indolore et complètement dénudée. Le diagnostic de pelade fut alors porté. Celle-ci guérit en quelques mois, puis récidiva et se multiplia. Depuis lors, le processus ne s'est jamais arrêté. Les lésions se reproduisirent par poussées successives, chutes de cheveux et repousses alternant d'une manière incessante. Dans ces dix dernières années, le malade consulta plusieurs médecins qui tous portèrent d'abord inmanquablement le diagnostic de la syphilis. Au cours de son service militaire, il reçut même trois séries de cyanure d'hydrargyre. Quatre réactions de Wassermann pratiquées depuis 1928 furent cependant négatives.

L'examen général du sujet nous montre qu'il est d'excellente santé apparente. Aucune lésion à signaler aux poumons, à l'appareil digestif. Les réflexes rotuliens, achilléens, olécraniens existent. Les pupilles sont égales, il n'y a pas de signe d'A. Robertson, pas de signe de Babinski. Le cœur est normal, la tension artérielle de 13-7.

L'examen des urines ne révèle ni sucre, ni albumine. Aucun signe clinique ne permet de penser à l'hyper ou l'hypothyroïdie.

La réaction de métabolisme basal a donné le chiffre de : — 20 (48.531) et — 19 (9.531). L'activité génitale de ce sujet est normale.

Les premiers rapports ont cependant été précoces à l'âge de quatorze ans.

La cause de cette pelade peut être rattachée à une origine hérédo-syphilitique.

Le malade présente une voûte ogivale très nette et des malformations dentaires. Les dents sont mal plantées. Les incisives inférieures chevauchent les unes sur les autres.

La dernière prémolaire gauche est très obliquement dirigée en dedans. La coalescence des sourcils est visible et marquée. Dans ses antécédents familiaux, on note une mère bien portante, mais un père mort à soixante ans d'hémiplégie. Le sujet a eu dix frères et sœurs; il y eut deux jumelles du même sexe. Une autre sœur, peu après son mariage, eut deux fausses couches, respectivement à deux et quatre mois.

*
**

L'étude de ces observations montre qu'un examen attentif peut faire le diagnostic de cette variété de pelade.

Si à première vue les nombreuses clairières disséminées dans le cuir chevelu éveillent l'idée de syphi-

lis, rapidement on remarque l'existence de plaques typiques. Elles existent dans les deux observations ci-dessus, dont il est curieux de noter l'extraordinaire ressemblance. On les trouve à la barbe et dans d'autres régions pileuses. La recherche des cheveux peladiques s'est montrée fructueuse dans le cas de Fournier, négative chez le malade de Milian et Lafourcade. Mais surtout dans les deux observations, l'interrogatoire a complètement et aisément confirmé le diagnostic de pelade. L'alopecie datait dans un cas de quatre ans, dans l'autre cas, de dix-sept ans. Chez les deux malades l'affection avait débuté par une plaque typique de pelade et le diagnostic avait été facilement porté à cette époque. Ultérieurement, les cheveux avaient repoussé, puis était survenue une succession de récidives et de guérisons relatives comme dans les pelades perpétuelles de Besnier. Enfin, la chute s'était faite sous l'aspect de l'alopecie en clairières et persistait telle depuis des mois.

En somme, cette pelade « pseudo-syphilitique », peut être rapprochée sans difficultés de l'alopecie en clairières, prédécalvante de la pelade grave banale. Comme dans celle-ci, le diagnostic de pelade se base sur la découverte de plaques typiques de pelade (siégeant au cuir chevelu, à la barbe ou ailleurs) et sur l'étude des antécédents qui révèle l'existence d'une alopecie peladique typique. La seule différence est

que cette histoire s'étend sur plusieurs années — dix-sept ans dans l'observation de Milian — et que la période « syphiloïde » dure elle-même des mois sans évoluer vers la décalvante. Tout au moins cette évolution vers la décalvante ne s'était pas produite à l'époque où les malades de Fournier et de Milian furent présentés à la Société de Dermatologie, mais il est impossible de savoir si la déglabration totale n'est pas survenue ultérieurement, ce qui rapprocherait ces cas davantage encore de la forme commune de la pelade.

FORMES DE PASSAGE

Observation I¹ :

La malade N° 128.342, âgée de cinquante ans, se présente à la consultation de notre Maître, M. le Professeur Gougerot, à l'hôpital Saint-Louis, le 14 décembre 1937. Elle se plaint d'une chute des cheveux, diffuse, brusque et très importante, bien qu'elle ait commencé brutalement il y a quinze jours seulement. Sur *tout le cuir chevelu*, mais prédominant dans la région du vertex, on constate une alopécie en clai-rières d'aspect syphiloïde. Partout la traction des cheveux les arrache sans difficulté. Les orifices folliculaires sont nettement visibles dans les régions alo-

1. 2. 3. H. Gougerot, A. Carteaud et S. Boule, à paraître dans les *Annales des maladies vénériennes*.

péciques, les téguments sont souples, nullement atrophiques, ni cicatriciels. L'aspect de cette alopecie est tel que l'on pense d'abord à un cas banal d'alopecie en clairières syphilitique secondaire. Mais il n'existe aucun signe de syphilis et la malade nie tout antécédent. Nous recherchons alors systématiquement la pelade qu'un nouvel examen, plus attentif, n'a aucune peine à affirmer. En effet, il existe à la nuque une plaque unique, arrondie de dix millimètres de diamètre, rappelant une plaque de pelade et surtout criblée de cheveux *en point d'exclamation*. Et l'on découvre de nombreux cheveux peladiques classiques, également au bord des clairières syphiloïdes.

L'examen en lumière de Wood, pratiqué avec Patte, montre une « fluorescence normale du cuir chevelu ».

Les Bordet-Wassermann classique, Hecht, Desmoulières, le Kahn, entièrement négatif dans le sang, confirment l'absence de syphilis.

La malade est donc traitée comme une peladique, par une pommade à l'huile de cèdre, une lotion excitante, etc...

Elle revient nous voir, le 14 janvier 1938. L'alopecie est presque généralisée à tout le sommet de la tête, rappelant par sa forme une alopecie séborrhéique. Les régions de la nuque et rétro-auriculaires sont couvertes de plaques d'alopecie en clairières criblées

de cheveux peladiques. On met la malade au traitement par les injections intradermiques de méthyl-acétylcholine.

(Milian et Périn, *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, 1923, p. 466 : Pelade en clairière.)

M. R. F., dix-sept ans, employé de magasin, vient consulter le 12 novembre 1923, pour une chute de cheveux datant d'un mois et qu'il attribue à une fièvre paratyphoïde dont il a été atteint deux mois auparavant.

On est frappé à première vue par une alopecie en clairières caractéristique, évoquant d'emblée l'idée d'une syphilis secondaire.

Le cuir chevelu est pris dans ses diverses régions sans qu'il y ait prédominance pour une zone déterminée depuis le front jusqu'à la nuque, et d'une oreille à l'autre, il est le siège d'îlots alopeciques arrondis ou ovalaires, au nombre d'une vingtaine environ. Ces îlots ne dépassent pas dans leur ensemble la surface d'une lentille ou d'un très petit haricot. Un seul, dans la région pariétale droite, atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Dans leur intervalle, les cheveux, sous l'influence d'une traction un peu forte, *tombent un peu partout*. Au milieu des plaques alopeciques, les cheveux sont tombés en presque totalité. On pense d'autant plus irrésistible-

ment à une alopecie syphilitique secondaire, que ce jeune homme qui a les ongles faits et teints en rose n'est pas de ceux qui éloignent le diagnostic.

Cependant, on ne trouve aucun signe de syphilis secondaire, aucune trace de chancre infectant génital ou extra-génital. Le malade nie tout antécédent de syphilis acquise, il prétend même ne s'être jamais exposé à une contamination vénérienne. Il n'a pas d'adénopathie inguinale, rien aux lèvres, ni dans la bouche, rien sur le reste du corps. On retient seulement de l'examen général :

1° L'existence de petits ganglions cervicaux postérieurs;

2° L'existence de quelques stigmates d'hérédosyphilis, dents irrégulièrement plantées, tubercles de Carabelli.

La réaction de Wassermann, pratiquée le même jour, est partiellement positive (+++).

La recherche des antécédents personnels révèle un autre fait important : le malade a fait, il y a trois mois, une fièvre continue qui a duré trois semaines, au voisinage de 39° et qui a été diagnostiquée fièvre paratyphoïde. Une ponction lombaire a été pratiquée au cours de cet état fébrile, en raison des symptômes méningés (céphalée, rachialgie). Elle a été négative et le liquide céphalo-rachidien s'est montré normal.

Le malade est entré en convalescence depuis plus de deux mois et se trouve aujourd'hui complètement rétabli. C'est environ cinq semaines après le début de la convalescence que l'alopecie a commencé, c'est-à-dire à l'époque qui caractérise les alopecies post-infectieuses.

Nous avons revu le malade le 19 novembre, soit sept jours après, il avait été jusque-là laissé en observation sans traitement. L'état s'était modifié ainsi qu'il suit :

Les îlots d'alopecie avaient légèrement augmenté de nombre, et quelques nouveaux placards lenticulaires étaient apparus entre les placards anciens, de sorte qu'au total on pourrait en compter une quarantaine. Le placard de la région pariétale droite s'était étendu, et des dimensions d'une pièce de cinquante centimes avait pris celles d'une pièce de un franc, alors que les autres placards ne dépassaient pas leurs dimensions premières. Dans l'intervalle des placards, les cheveux ne tombaient plus, au contraire, ils tenaient maintenant solidement et la traction même énergique n'arrivait plus à les arracher. Enfin, le placard pariétal prenait nettement les caractères d'un placard peladique, avec cheveux peladiques caractéristiques et dépression de la peau, sensation d'atrophie au toucher, dans toute la partie centrale. Sur certains îlots, un examen attentif permet-

tait également de reconnaître à la périphérie, l'existence de quelques cheveux peladiques nets.

Même enquête négative au point de vue syphilis secondaire. La réaction de Wassermann pratiquée de nouveau, est cette fois négative (0). La mère du petit malade que nous avons pu examiner le même jour, présente également une réaction de Wassermann négative. Elle n'a pas de symptômes de syphilis, mais se plaint de céphalées assez fréquentes sans caractères nets. Le père, que nous n'avons pas vu, serait bien portant.

Une troisième, puis une quatrième réaction de Wassermann ont été pratiquées chez notre malade le 21 novembre, puis le 3 décembre, pour trancher la question; l'une et l'autre se sont montrées négatives (0). Il est probable que la première réaction positive et la courbe irrégulière des réactions prises dans leur ensemble, est sous la dépendance d'une hérédo-syphilis latente. Elles ne relèvent vraisemblablement pas d'une syphilis secondaire en évolution dont le malade ne présente aucun signe.

La biopsie d'une des plaques a montré un certain amincissement de l'épiderme, une raréfaction par places des fibres élastiques qui, en d'autres points, sont multipliés et fragmentés.

Le tissu conjonctif paraît en dégénérescence hyaline. Les poils ont souvent abandonné leur habitat :

certains sont atrophiés dans les follicules. Certains paraissent avoir subi la transformation du bulbe mou en bulbe plein. Mais ce qui frappe le plus, c'est une assez abondante infiltration périvasculaire lymphocytiqne répandue dans tout le derme.



Ces deux observations constituent d'intéressants faits de passage :

1° Comme chez les malades que nous allons étudier tout à l'heure, il n'existe aucun antécédent de pelade banale. L'interrogatoire ne découvre pas, comme dans l'observation de Fournier et dans celle de Milian et Lafourcade, l'existence d'une longue histoire de pelade d'abord typique, puis atypique, entrecoupée de rechutes et d'améliorations successives. Ici la maladie débute par l'alopecie en clairières. A ce titre ces observations sont beaucoup plus anormales que celles que nous avons reproduites dans le paragraphe précédent;

2° Elles ne se séparent pourtant pas complètement de la pelade banale, de l'alopecie en aires classiques. En effet, dans les deux cas, la pelade est signée par l'existence d'une plaque glabre, arrondie, caractéristique de la pelade. Milian et Périn ont vu cette plaque se constituer presque sous leurs yeux, dans notre cas,

il était impossible de savoir si elle représentait une plaque primaire ou si elle était apparue en même temps que l'alopecie en clairières. Chez notre malade, les cheveux peladiques étaient extrêmement nombreux, criblant non seulement le pourtour de la plaque caractéristique, mais encore répartis en grand nombre dans les clairières syphiloïdes. Pourtant il s'agissait d'une pelade à marche rapide, que nous suivons encore et qui nous paraît évoluer vers la décalvante.

LA PELADE SYPHILOÏDE PURE

Ici plus rien ne rappelle la pelade. L'alopecie en clairières est absolument isolée. La chute des cheveux se fait partout, en petits îlots multiples, incomplètement dénudés où persistent quelques cheveux, à limites diffuses, irrégulières, ne rappelant en aucune façon la plaque de pelade.

Nous avons observé deux de ces cas dans le service de M. Gougerot, et un troisième avait déjà été publié par notre Maître, avec la collaboration d'Etienne Lortat-Jacob.

Observation II (Gougerot et Lortat-Jacob¹) :

Pelade à petits îlots multiples simulant l'alopecie en clairières de la syphilis.

1. *Annales des maladies vénériennes*, avril 1936, page 270.

La malade N° 121.660, âgée de dix ans, est amenée par sa mère, le 10 décembre 1935, au dispensaire de la clinique de la Faculté, pour une chute importante de cheveux, survenue brusquement.

C'est une enfant normalement constituée et de parfait état de santé apparente.

L'alopécie a exactement l'aspect d'une alopécie en clairières. Les plaques alopeciques très nombreuses (du nombre d'une centaine environ) sont disséminées sur tout le cuir chevelu. Elles sont ovalaires ou arrondies, ne dépassant pas dix millimètres en moyenne. En certains endroits, en particulier sur le sommet de la tête, elles empiètent les unes sur les autres et forment des clairières un peu plus grandes, mais il n'existe nulle part de plaque nue, propre, ronde, typique de pelade. Partout l'alopécie est incomplète, les cheveux sont seulement clairsemés, mettant à nu le cuir chevelu sous-jacent. Celui-ci est de couleur normale, nullement squameux et sans aspect cicatriciel, les pores pilo-sébacés sont nettement visibles. Les cheveux viennent facilement à la traction, par véritables touffes.

Les sourcils et les cils sont respectés (les autres régions n'étant pas encore pileuses chez cette fillette, on ne peut juger de leur atteinte).

L'aspect est typiquement celui d'une alopécie syphilitique secondaire. Or l'examen clinique ne révèle

aucune manifestation syphilitique, cutanée ou muqueuse, aucun antécédent.

Les réactions de Wassermann, Hecht, Desmoulières et Kahn répétées deux fois à huit jours d'intervalle sont toutes négatives.

Le diagnostic est embarrassant. Ayant alors en mémoire l'observation de pelade en clairières présentée par MM. Milian et Lafourcade à la Société de Dermatologie, le 11 mai 1933, et malgré l'aspect non peladique des plaques, nous pensons à la pelade et à la décalvante totale à sa phase de début d'installation. Et en effet, en regardant à la loupe, nous trouvons quatre cheveux peladiques, donc très rares. Sur l'un d'entre eux, à l'examen microscopique, Risalier affirme la pelade.

Un mois plus tard, le 10 janvier 1936, nous avons retrouvé un cheveu peladique long de 6 millimètres, terminé en pinceau, noir dans ses deux tiers extérieurs, très aminci et effilé, dit en point d'exclamation. Mais la chute des cheveux était arrêtée — en clairières. Il n'y avait donc pas décalvante totale, ce qui aurait pourtant pu expliquer l'aspect momentanément atypique de cette pelade et la rareté des cheveux peladiques. Contrairement aux autres pelades, elle n'a nullement commencé par une plaque initiale. Reste à savoir si cette pelade sera d'évolution incessante, comme l'a décrit Bazin.

Observation III :

La jeune malade N° 128.341, collégienne âgée de seize ans, vient consulter notre Maître, M. le Professeur Gougerot, à Saint-Louis, le même 14 décembre 1937. Elle aussi a une alopécie diffuse importante, survenue brusquement en septembre. L'examen montre une alopécie en clairières typiques qui fait invariablement suspecter la syphilis, diagnostic lourd de conséquences chez cette jeune fille de seize ans qui nous est amenée par une surveillante de son collège. Les téguments sont souples, criblés des orifices bien visibles des follicules pileux déshabités.

Le reste de l'examen complique le diagnostic en montrant : 1° des lésions impétigineuses de la face datant de dix jours auparavant, pouvant simuler des syphilides impétigineuses, mais elles recouvrent des érosions banales sans papules; 2° des lésions papulopustuleuses acnéiformes du dos, occupant les régions séborrhéiques sans les déborder, survenues aux dires de la malade, en même temps que son alopécie et posant le diagnostic des syphilides acnéiformes; 3° de nombreux petits ganglions sous-maxillaires, sous-mentaux, inguinaux droits, semblables à la micropolyadénopathie de la syphilis secondaire. Mais il n'y a pas trace de chancre, aucun gros ganglion, aucun souvenir de lésion vulvaire. Un examen à l'ultra-mi-



OBSERVATION III

croscopie, immédiatement pratiqué dans la sérosité de l' « impetigo » de la face est négatif.

Mis en éveil par l'observation de la malade précédente, venue consulter le même jour, on recherche attentivement les cheveux peladiques, mais sans résultat.

On reste dans l'incertitude et on attend le résultat de l'examen du sang. Le lendemain, le laboratoire nous apprend que les réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht, de Desmoulières, de Kahn, sont toutes négatives.

On s'obstine alors à rechercher les cheveux peladiques et on finit par en découvrir *trois*, côte à côte, typiques, dans la région pariétale droite, mais trois seulement, ce qui explique qu'on ne les ait pas vus le premier jour.

La malade soumise au traitement par l'huile de cèdre, etc., est revue un mois plus tard : les cheveux sont en pleine repousse, l'impetigo a disparu et les réactions sérologiques restent toutes négatives.

Observation IV :

L'enfant N° 128.025 est amené le 16 novembre 1937 à la clinique, pour une alopécie survenue six semaines auparavant.

La chute des cheveux n'intéresse que le sommet de la tête sur une aire de 5 à 6 centimètres de dia-

mètre. Les téguments sont souples et on y voit, très apparents, les orifices des follicules pileux. Sur toute cette région, c'est absolument l'aspect de l'alopécie syphilitique. Chez ce tout jeune enfant, une syphilis secondaire serait surprenante. On cherche donc : il n'a pas de trace de pyodermite, il n'existe aucune plaque glabre rappelant la pelade, il n'a, non plus que sa mère, aucun signe ni antécédent de syphilis acquise ou héréditaire. Ses réactions sanguines et celles de sa mère sont complètement négatives. Bien qu'il n'existe aucun signe clinique de teigne, Duché recherche les champignons et ne trouve rien. Soupçonnant une pelade on cherche vainement et à plusieurs reprises, à en faire la preuve, mais à aucun des nombreux examens de cet enfant on ne parvient à découvrir des cheveux peladiques. C'est pourtant le diagnostic de pelade syphiloïde qui est le plus probable.

*
**

Impossible, devant de tels faits, de ne pas porter d'emblée le diagnostic de syphilis secondaire. Si l'idée de pelade effleurait l'esprit, l'absence complète de toute plaque caractéristique aussi bien à l'examen du malade que dans son histoire, l'éliminerait rapidement. Mais ce diagnostic n'est même pas soup-



OBSERVATION IV

onné : alopécie en clairières est devenue dans l'esprit du praticien éclairé, synonyme d'alopecie syphilitique et l'erreur est faite immanquablement. Elle a failli être commise en présence de la malade de notre observation III. Instruits par notre malade I, nous avons pourtant cherché les cheveux peladiques. Mais malgré un examen attentif, nous n'en avons découvert aucun et l'aspect était tellement syphiloïde, encore confirmé par l'existence d'une micropolyadénopathie de la nuque et d'un « impétigo » fort suspect de la face que nous étions fort tentés d'affirmer le diagnostic. Mais la jeunesse de la malade et la présence auprès d'elle d'une surveillante de son collègue nous incitèrent à quelque prudence. Et c'est seulement le lendemain, devant le résultat négatif des réactions sanguines, que nous parvîmes à grand-peine à découvrir *trois* cheveux peladiques typiques.

Mais ce symptôme lui-même n'est pas constant : chez notre malade IV, dont l'alopecie était pourtant discrète, localisée et d'évolution lente, nous n'avons pu en découvrir. Il va sans dire que dans un cas semblable nous ne pouvons que soupçonner et non pas affirmer le diagnostic de pelade.

De toute façon, ces trois observations de pelade syphiloïde nous paraissent présenter un double intérêt :

1° Un intérêt doctrinal. Elles nous montrent qu'une maladie aussi uniforme dans sa symptomatologie habituelle que la pelade, peut pourtant se manifester sous un aspect absolument anormal. On peut pourtant rattacher cette forme clinique aux variétés classiques de la pelade, en se rappelant que dans sa période prédécalvante, une pelade banale peut évoluer sous l'aspect d'une alopecie en clairières. Mais dans de tels cas, il s'agit de pelades graves dont la transformation en alopecie diffuse annonce l'évolution prochaine vers la décalvante totale. Or rien de semblable dans nos observations. Les malades II et III ont été revus en pleine amélioration et le malade IV complètement guéri;

2° Et surtout un intérêt pratique. L'alopecie en clairières que Sâbouraud — dont on ne saurait trop louer l'enseignement volontairement dépouillé et schématique — considérait comme « à elle seule caractéristique de la syphilis » est en réalité un symptôme trompeur.

Fournier soulignait que la roséole, les plaques muqueuses, l'adénopathie de la syphilis secondaire n'avaient rien de caractéristique. Gougerot ajoutait, en 1921, que la leucomélanodermie du cou pouvait être exactement reproduite par des lésions non syphilitiques. *L'alopecie en clairières n'est pas davantage un symptôme pathognomonique.* Il faut donc se

garder de conclure cliniquement sur un symptôme de syphilis secondaire. Il faut surtout se garder, avant d'avoir la confirmation bactériologique ou sérologique, de proclamer un diagnostic dont la révélation, si elle est faite sans précaution, peut encore aujourd'hui entraîner les conséquences les plus dramatiques.

PATHOGENIE ET ETIOLOGIE

Dans cette thèse purement clinique, dont l'unique ambition est de préciser et mettre en évidence un aspect spécial de la pelade, nous n'avons pas l'intention de reprendre en détail la question de son étiologie et de sa pathogénie.

Le mécanisme pathogénique de la maladie paraît maintenant relativement bien connu et sa connaissance a permis de mettre en œuvre les thérapeutiques vaso-dilatatrices modernes.

Levy-Franckel, A.-C. Guillaume et Juster ont montré, en 1925, le rôle joué par la vaso-constriction spasmodique au niveau des plaques glabres et l'ont rattachée à l'hypertonie du sympathique, elle-même vraisemblablement liée à des perturbations endocriniennes. L'importance des troubles pigmentaires a été soulignée par Sabouraud. Suivant les travaux de Vilter, ces troubles pigmentaires dépendent eux

aussi de l'exagération du tonus du sympathique. Woringer a montré qu'ils intéressaient uniquement la région du bulbe pileux.

Mais quelle est l'infection, quel est le trouble humoral qui est à l'origine de cette vaso-constriction, de cette inhibition pigmentaire? Ce problème étiologique est encore loin d'être élucidé.

La contagiosité de la pelade n'est plus admise aujourd'hui par les dermatologistes. Mais la nature parasitaire de cette alopecie a été affirmée pendant tout le XIX^e siècle par l'école française. L'extension progressive des plaques, l'apparition de plaques secondaires par « autoinoculation » semblaient de solides arguments, de même que les « épidémies » qui sévissaient dans les écoles ou dont étaient rendus responsables les coiffeurs. Si bien que lorsque le mycologue Gruby attribua le *porrigo decalvans* au *Microsporum Audouini* qu'il avait découvert dans certaines teignes, toute l'école de Saint-Louis, à la suite de Bazin et malgré l'opposition de Cazenave, se rangea à son opinion. Mais cette théorie, qui paraissait si bien établie, fut ruinée aux environs de 1900 par les tentatives infructueuses d'inoculation de Jacquet et par les enquêtes de Sabouraud sur les « épidémies » de pelade, en réalité épidémies d'alopecies post-inpétigineuses ou post-furonculeuses.

La théorie trophonécrotique de Jacquet reposait sur une étude d'ensemble du terrain sur lequel survient la maladie. Hypotonie organique, troubles nerveux, etc., composaient le terrain peladique, prêt à réagir, sous l'aspect de l'alopécie en aires, aux excitations *réflexe* ayant pour point de départ une irritation externe ou interne (constipation, oxyurèse, etc., et surtout lésions gingivo-dentaires). Pour certaines des élèves de Jacquet il existait une stricte correspondance entre la dent malade et le siège de la plaque peladique. De telles exagérations ont discrédité la théorie de Jacquet. Mais elle a eu le mérite de modifier la conception que l'on se faisait de la pelade. Jusqu'alors simple affection locale, elle devient à cette époque la traduction, le symptôme de modification de l'état général, dont il reste à préciser la nature.

Le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la pelade, était considéré par Sabouraud comme particulièrement important, surtout dans la pelade ophiasique de l'enfant. Il est certain que l'on rencontre chez nombre de peladiques des stigmates évidents et en particulier des stigmates dentaires d'hérédosyphilis. Même chez ces malades, qui ne représentent d'ailleurs qu'un certain pourcentage des cas de pelade, il est vraisemblable que le tréponème n'agit que par l'intermédiaire des lésions endocrino-sympathiques.

L'étude de la pelade en clairières n'apporte pas de notions nouvelles sur l'étiologie de la pelade. Les deux malades de Milian présentaient des stigmates d'hérédo-syphilis. Les nôtres paraissent indemnes de toute infection et leur étude ne permet d'incriminer aucune cause à l'origine de leur alopécie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la pelade en clairières ne se pose pratiquement qu'avec la syphilis. Les alopecies post-infectieuses post-traumatiques surviennent de 60 à 70 jours après l'accident qui leur donne lieu. La chute se fait d'emblée plus massivement, plus diffusément sans dessiner véritablement les petits aires irrégulières mais presque glabres qui constituent les clairières.

En vérité le diagnostic ne se pose qu'avec la syphilis secondaire et nous avons déjà noté dans un chapitre précédent, que ce diagnostic était toujours d'abord soupçonné. Ce sont les résultats de l'examen clinique général et de l'examen sérologique qui éliminent la possibilité de la syphilis, que souvent l'âge du malade rendait peu probable. Devant ces résultats négatifs, on doit s'attacher à rechercher les cheveux peladiques, recherche souvent laborieuse qui, dans

un cas, nous demande dix à quinze minutes, au bout desquelles nous avons la chance de découvrir trois cheveux peladiques.

De toutes façons le principal est de ne pas affirmer inconsidérément, sur le seul signe de l'alopecie en clairières, le diagnostic de la syphilis. Pas plus que la roséole, les plaques muqueuses, la micropolyadénopathie, l'alopecie en clairières n'est un signe vraiment pathognomonique de syphilis.

PRONOSTIC

Dans la pelade banale, mais grave, l'apparition brusque de clairières syphiloïdes apparaissant dans les régions jusque-là respectées comporte un très sérieux pronostic. Elle indique, en effet, l'évolution presque fatale et très prochaine vers la décalvante.

Le pronostic paraît aussi sombre dans les observations de pelade pseudo-syphilitique de Fournier et de Milian et Lafourcade.

L'alopecie de ces deux malades durait depuis des années, elle avait débuté comme une pelade banale, puis après, pris l'allure d'une alopecie en clairières. Sans évoluer vers la décalvante, la pelade s'était alors en quelque sorte fixée à ce stade, tantôt s'aggravant, tantôt récidivant, sans jamais guérir complètement. Le pronostic de ces pelades « perpétuelles » est indiqué par le qualificatif même qui les désigne.

Trois de nos malades n'ont pas confirmé le mauvais pronostic que nous avions porté devant l'aspect en clairières de leur alopecie. Nous avons revu l'un d'entre eux complètement guéri et les deux autres en pleine repousse. Seule la malade de notre observation I paraît en voie d'évolution vers la décalvante. Mais il s'agit précisément de la malade qui, à côté de son alopecie en clairières, présentait une plaque petite, mais typique, de pelade. Sans doute convient-il d'opposer au point de vue du pronostic, l'alopecie d'emblée en clairières et celle qui vient compliquer une pelade d'apparence banale.

TRAITEMENT

La thérapeutique de la pelade a considérablement bénéficié des études pathogéniques, qui ont montré que la vaso-constriction spasmodique était à la base du mécanisme d'apparition de la maladie. Aussi devons-nous maintenant, à côté du traitement classique codifié par Sabouraud, insister sur l'intérêt des thérapeutiques modernes.

MÉTHODES CLASSIQUES

La thérapeutique irritative et rubéfiante est la plus anciennement connue. Elle provoque une vasodilatation qui est peut-être à la base de son action curative. L'irritation ne doit pas être trop accentuée afin de ne pas entraîner de plaie ou d'infection secondaire. Aussi le vésicatoire liquide, employé par Besnier, l'acide phénique ne sont-ils plus utilisés. Par contre, on pourra prescrire chaque jour une friction de la plaque avec une brosse à dents imprégnée de :

Liqueur d'Hoffmann	30 gr. »
Acide acétique glacial.....	2 gr. »
Hydrate de chloral.....	2 gr. »

Bien d'autres formules ont été préconisées et l'on pourra par exemple se servir d'alcool iodé :

Alcool à 90°	50 gr. »
Iode métallique	0 gr. 50

ou de chloroforme chrysophanique :

Chloroforme	50 gr. »
Acide Chrysophanique	0 gr. 25 à 0 gr. 50

Sabouraud utilisait la méthode rubéfiante et il prescrivait volontiers chaque matin une friction au chloroforme chrysophanique. Mais le soir, il conseillait une friction-massage de la plaque et de ses environs avec l'huile de cade, suivant la formule classique depuis qu'il l'a révélée au public médical :

Huile de cade.....	
Vaseline.....	aa
Lanoline	

Deux fois par semaine le malade devait appliquer cette pommade, raie par raie, dans le cuir chevelu afin de tenter l'apparition de plaques secondes.

Cette thérapeutique locale est efficace et souvent suffisante. Nous l'avons utilisée chez nos quatre ma-

lades, en remplaçant, suivant les conseils du Professeur Gougerot, l'huile de cade par de l'huile de cèdre, moins malodorante. Chez trois de nos malades, la repousse survint après prescription de cette thérapeutique. Seule notre malade I nous obligea à employer une méthode plus moderne.

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

La syphilis acquise et surtout héréditaire est considérée par certains auteurs comme responsable de la majorité des cas de pelade. La plupart des dermatologistes réservent cette thérapeutique aux cas où la syphilis est probable, ainsi qu'aux pelades graves résistant au traitement par injections de mercure, de bismuth, ou même de novar si la sérologie est positive et si le malade paraît capable de supporter les arsénobenzènes. Bien plus souvent, dans le doute, on utilisera le mercure par la bouche, calomel, sirop de Gibert.

Aucun de nos malades ne présentait d'antécédent de syphilis ou de stigmatisme d'hérédo-syphilis. Tous avaient des Bordet-Wassermann négatifs malgré l'aspect syphiloïde de leur alopécie. Ainsi n'avons-nous pas eu à instituer chez eux de traitement spécifique.

THÉRAPEUTIQUES PATHOGÉNIQUES

Elles cherchent à provoquer une vasodilatation, à vaincre le phénomène d'angiospasme qui est l'une des causes sinon la cause principale de l'alopécie en aires.

L'irradiation par les ultra-violets est la méthode la plus anciennement employée (Bizard et Marceron). Jausion obtient des résultats plus rapides en sensibilisant le sujet par des injections intraveineuses de gonacrine (2 cm³ d'une solution à 2 %) pratiquées avant la vaso-dilatation du « coup de soleil acridinique » et l'hyperpigmentation consécutive. Juster cherche à obtenir un érythème en appliquant sur la plaque traitée de l'essence de bergamotte. Les irradiations peuvent être faites en bains généraux (Sabouraud). Plus souvent, avec Girandea, on utilise les applications directes, avec la lange de Kromager pendant 30 à 40 secondes.

Les injections intra-dermiques de protéines ont été employées dès 1930 par Djouritch. Reiss utilisa les protéines du lait et constata l'apparition, à la suite de ces injections, d'une hypéremie locale avec légère réaction inflammatoire. Aguilera Maruri confirma plus tard que ces injections n'avaient pas une action purement locale, mais provoquaient des modifications

générales dont témoignaient l'augmentation ou la diminution du métabolisme basal.

Mais l'action locale de ces injections est peut-être plus importante encore : elles détruisent les cellules cutanées, provoquent une désintégration des albumines, augmentent la proportion d'*histamine* contenue dans les téguments. Si bien que ces injections dermiques de protéines agiraient par le même mécanisme que les vaso-dilatateurs directement injectés dans le derme.

Deux médicaments vaso-dilatateurs sont actuellement employés en injections intradermiques dans les pelades graves.

La méthylacétyl-choline a été préconisée par Gougerot et Albeaux-Fernet. Ces auteurs font deux fois par semaine, en plusieurs piqûres intradermiques, une injection de $1/2$ cm³ d'une solution aqueuse contenant 2 milligrammes de méthylacétyl-choline. Cette méthode leur a permis 9 fois sur 10 cas traités d'obtenir une repousse rapide. Les mêmes bons résultats ont été également notés par Toyama et Ozawa qui utilisaient, dès 1935, l'acétyl-choline en injections dermiques hebdomadaires.

Levy-Franckel utilise de préférence les injections dermiques d'*histamine*, dont il cribble la surface des plaques glabres. Volontiers il intercale, entre deux injections d'*histamine*, une injection dermique hor-

monale (extraits ovariens, folliculine, benzoate de dihydro-folliculine, etc) dans le but d'agir sur le second facteur pathogénique de l'alopecie en aires, l'inhibition de la cellule pigmentaire.

Tous ces travaux sont encore à l'étude, toutes ces méthodes en voie de perfectionnement. Ils nous entraînent, semble-t-il, dans une voie riche de promesses et ont déjà mis entre nos mains des moyens d'action qui, employés précocement, nous permettront de réduire le nombre des pelades qui évoluent vers l'alopecie décalvante.

CONCLUSIONS

I. — Les dermatologistes du siècle dernier ont nettement individualisé et fixé l'aspect clinique de la pelade, Ils en ont fait à juste titre le type même de l'alopecie en clairières et l'ont schématiquement opposée dans leur enseignement aux alopecies diffuses. L'alopecie en clairières constitue également pour le praticien éclairé un type d'étiologie pratiquement constante qui doit éveiller d'emblée dans son esprit le diagnostic de syphilis secondaire.

II. — Les observations que nous rapportons dans cette thèse, réunies dans le service de notre maître le Professeur Gougerot, sans diminuer la valeur didactique de cette opposition, viennent en atténuer quelque peu la rigueur. Nos malades étaient porteurs d'une alopecie en clairières, typique, pure, sans plaque nue d'aspect peladique, devant laquelle l'enseignement classique nous aurait obligé à porter le diagnostic de syphilis. Et pourtant il n'existait aucun autre signe clinique ni sérologique de syphilis et, dans deux cas sur trois, un examen attentif finit par découvrir de rares cheveux peladiques.

III. — Il existe dans la littérature médicale quelques observations (Fournier, Milian, l'une de nos malades) qui constituent, entre la pelade banale et nos cas de syphiloïde, une série ininterrompue de faits cliniques.

IV. — Nos observations nous paraissent surtout présenter un intérêt pratique. Fournier soulignait déjà que la roséole, les plaques muqueuses, l'adéno-pathie n'étaient pas absolument caractéristiques de la syphilis. Gougerot, en 1921, montrait à son tour que la leucomélanodermie du cou pouvait être la conséquence de lésions banales. L'alopecie en clairières n'est pas davantage pathognomonique de la syphilis. Sa constatation nécessite, avant la révélation du diagnostic, le contrôle d'un examen clinique et sérologique complet.

Toute affirmation qui ne reposerait pas sur la base solide de cet examen serait aventureuse et risquerait d'entraîner des conséquences familiales et sociales dont le médecin pourrait être moralement responsable.

VU :	VU :
<i>le Doyen,</i>	<i>le Président,</i>
TIFFENEAU.	GOUGEROT.

VU et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBEAUX-FERNET. — Le traitement des pelades, *Bulletin Soc. Thérap.*, 9 déc. 1936, p. 483.
- BRIZARD. — Traitement de la pelade par les rayons ultra-violets, *Bulletin Soc. Derm.*, fév. 1925.
- DJORITCH. — Deux cas de pelade traités par des doses excitantes de lait, *Ann. de Derm.*, 1930, p. 372.
- FOURNIER. — Pelade pseudo-syphilitique à petits îlots multiples, *Soc. de Derm.*, 1901, p. 32.
- GRENNER. — *Etudes cliniques sur la pelade*, Paris, 1929.
- GIRAUDEAU. — Agents physiques, *Nouvelle pratique Derm.*, 1936, t. VIII, p. 557.
- GOUGEROT & LORTAT-JACOB. — Pelade à petits îlots multiples simulant l'alopecie en clairières syphilitique, *Ann. des Maladies vénér.*, avril 1936, n° 4, p. 270.

- ANDELO & RABUT. — Enquête sur l'étiologie de la pelade, ° *Congrès dermat. de langue française*, 1923, p. 727.
- JACQUET. — *Ann. de Derm.*, 1858, p. 1136.
- JACQUET. — La pelade d'origine dentaire, *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1902, p. 245.
- JACQUET. — Nature et traitement de la pelade, *Ann. dermat. et syphil.*, 1900, p. 603.
- JAUSION. — Guérison rapide d'une pelade décalvante par protéinothérapie après photosensibilisation, *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1926, p. 641.
- LEVY-FRANCKEL, COTTENOT & JUSTER. — Résultats obtenus dans les pelades rebelles par la radiothérapie de la région thyroïdienne, *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1922, p. 314.
- LEVY-FRANCKEL, A.-C. GUILLAUME & JUSTER. — Examen de la circulation cutanée dans la pelade et dans le vitiligo, *Bull. Soc. Derm.*, 1925, p. 342.
- LEVY-FRANCKEL. — Etude critique des traitements de la pelade, *Bull. dermat.*, 1937, p. 146.
- MARURI (AGUILERA). — *Estudio del Macanismo de la intradermo*. Protéinothérapie de la pelade.
- MILIAN & PÉRIN. — Pelade en clairières, *Bull. Soc. Derm.*, 13 déc. 1923, p. 467.
- MILIAN & LAFOURCADE. — Pelade en clairières, *Bull. Soc. Derm.*, 11 mai 1923, p. 725.
-

PLAGNIOL. — *Journal de Méd. de Paris*, 1933, p. 390.

REISS. — *Sur le traitement de la plaque de pelade*, 1932, p. 262.

SABOURAUD. — *Pelades et alopecies en aires*, Masson, 1929, pp. 213 et 229.

SÉZARY & LEFÈVRE. — Calvitie et alopecie par hyperthyroïdie, guérison par la radiothérapie du corps thyroïde, *Soc. méd. hôp.*, 7 nov. 1930.

WORINGER & THEÉ. — Etude de la pigmentation dans les aires peladiques, *Presse méd.*, 23 oct. 1935.

